

# 经皮肾镜取石术后感染性休克的病因及防治

槐元刚

宜良县第一人民医院 652100

**【摘要】目的** 分析经皮肾镜取石术后感染性休克的病因以及防治对策。**方法** 选择 2016 年 2 月 -2018 年 3 月间接受经皮肾镜取石术治疗后出现感染性休克的 12 例病患作为研究对象, 对患者的临床资料进行回顾式分析。调查引起感染性休克的原因并提出相应防治对策。**结果** 所有患者经积极抗休克治疗后顺利康复, 住院时间平均为 (12.4±1.7) d, 平均输血 (5.6±1.3) u。**结论** 术前未能有效控制尿路感染、未能有效控制术中肾盂内压力、手术时间过长是引发经皮肾镜取石术后感染性休克的主要原因。在进行手术前为患者预防性使用抗生素, 提高术中碎石技巧, 实施分期手术治疗等有利于降低感染性休克的发生几率。

**【关键词】** 经皮肾镜取石术; 感染性休克; 病因; 防治对策

**【中图分类号】** R699.2

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 02-048-02

经皮肾镜取石术是一种近年来在临床推广应用的微创手术, 其可重复性较好, 应用于复杂肾结石的治疗效果显著。感染性休克是经皮肾镜取石术后并发症的一种, 临床并不多见。经皮肾镜取石术后感染性休克后果较为严重, 临床具有较高的病死率<sup>[1-2]</sup>。为提高经皮肾镜取石术的治疗效果, 促进患者康复, 减轻患者痛苦。积极分析经皮肾镜取石术后感染性休克的病因, 并提出相应防治对策十分必要。此次研究中选择 2016 年 2 月 -2018 年 3 月间接受经皮肾镜取石术治疗后出现感染性休克的 12 例病患作为研究对象, 并对以上病患治疗情况进行分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例资料

选择 2016 年 2 月 -2018 年 3 月间接受经皮肾镜取石术治疗后出现感染性休克的 12 例病患作为研究对象, 其中男性 8 例, 女性 4 例。患者年龄: 26-71 岁, 平均年龄为 (45.4±3.1) 岁。结石最大径: 2.5-6.1cm, 平均为 (4.1±1.3) cm。7 例为左侧、4 例为右侧、1 例为双侧。术前患者均接受中段尿培养, 其中 7 例为阳性。参照 Levy 标准<sup>[3]</sup> (患者存在尿路感染; 术后体温高于 39℃或低于 36℃; 血压水平低于 80/50mmHg; 休克指数高于 1.4; 尿量明显减少; 甚至改变; 酸中毒; 肾脏、肺部等重要脏器出现功能障碍) 对患者进行感染性休克判断, 12 例患者均符合诊断标准。所有病患均为自愿参与研究。

### 1.2 方法

对所有病患的临床诊疗资料进行回顾式分析, 调查患者的治疗方法, 可能引起感染性休克的原因并提出相应防治对策。所有感染性休克病患均接受积极治疗, 如及时为患者开放中心静脉并进行输液, 强化病情监护以及生命体征监测, 注意观察患者中心静脉压变化情况。对患者进行血液培养以及药敏实验。为患者进行液体复苏, 及时纠正酸中毒, 依据患者检查结果、医院感染监测报告等等合理选择抗菌药物为患者进行治疗。高热病患或血压需要大剂量血管活性药物维持病患应使用氢化可的松, 用量为 100mg。1 日 1 次, 连续给药 1-3d。积极补充血容量, 但若患者血压仍然较低则应使用去甲肾上腺素、多巴胺等。若经过以上治疗患者病情仍未得到有效改善则应转 ICU 治疗。生命体征稳定后则可停止使用激素, 依据患者康复情况逐渐停止使用血管活性药物, 体温恢复

正常 3d 以上则可停止使用抗生素。

## 2 结果

12 例患者经积极治疗后均得到有效治疗, 住院时间平均为 (12.4±1.7) d, 平均输血 (5.6±1.3) u。其中 1 例患者入住 ICU 后, 患者体温基本恢复正常, 继续对患者进行抗感染治疗后患者血常规基本恢复正常。1 例需要接受辅助通气治疗病患在治疗 3-5d 后脱机恢复自主呼吸。2 例培养成阳性, 继续抗菌治疗。对患者临床资料进行回顾式调查分析发现引起感染性休克发生的主要病因为术前未能有效控制尿路感染、未能有效控制术中肾盂内压力、手术时间过长。

## 3 讨论

感染性休克是一种十分严重的并发症, 有调查研究发现经皮肾镜取石术后发生感染性休克的几率约为 0.97-4.70%<sup>[4]</sup>。感染性休克病情严重、起病急且病情进展快, 若未能得到有效干预治疗则极易引发患者死亡, 危及患者生命安全。接受经皮肾镜取石术治疗患者的结石中多含有较多内毒素、细菌, 在碎石治疗过程中内毒素以及细菌等会释放进入灌注液, 灌注液的应用会导致肾盂内压力增加, 若在手术过程中肾盂黏膜遭到损伤, 则极易导致灌注液反流, 导致细菌或内毒素进入机体, 从而导致感染的出现。曾有调查研究发现经皮肾镜取石术后感染性休克发生率与多因素存在较大关联, 如尿液性状、结石含菌量、肾盂冲洗压、手术时间长短、失血量等等<sup>[5]</sup>。从此次研究调查中也发现 12 例经皮肾镜取石术后感染性休克引发原因较多样, 但主要为术前未能有效控制尿路感染、未能有效控制术中肾盂内压力、手术时间过长。针对以上原因提出以下防治对策: ①术前存在感染或既往有尿路感染引发发热的病患应强化术前抗感染治疗, 及时补充抗生素。②合理控制手术时间, 分次清石, 并在术中保持低压冲洗, 以便降低术中肾盂内压力。③注意观察患者表现, 若患者出现异常表现, 如寒颤、血压偏低等, 应及时做好相关检查, 一旦考虑感染则应放置肾造瘘管, 及时终止手术, 安排分期手术治疗。此次研究中 12 例患者经过积极治疗后均顺利康复。

综上所述, 术前未能有效控制尿路感染、未能有效控制术中肾盂内压力、手术时间过长是引发经皮肾镜取石术后感染性休克的主要原因。在进行手术前为患者预防性使用抗生素, 术中保持肾盂黏膜完整性, 可有效降低感染性休克风险; 术中若发现穿刺液混浊, 可极时使用抗生素, 氢化可的松; 早期预防感染性休克发生, 可明显减轻感染性休克程度。

## 参考资料

(下转第 49 页)

作者简介: 槐元刚 (1973 年 7 月 6 日 -), 籍贯: 云南石林, 民族: 汉族, 职称: 主治医师, 学历: 本科, 主要从事: 普外科, 泌尿外科 98 年参加工作, 2010 年取得普外科主治医师资格, 长期从事微创泌尿外科工作, 熟练掌握泌尿外科各种腔镜操作。

# 重度妊高症患者行剖宫产术的麻醉方法选择及效果观察

王 健<sup>1</sup> 李文静<sup>2</sup>

1 安丘市市立医院 山东安丘 262100 2 高密市井沟镇卫生院 山东高密 261500

**【摘要】目的** 观察分析重度妊高症患者行剖宫产术的麻醉方法选择及效果。**方法** 选取我院 82 例重度妊高症患者将其分为治疗组(41 例)和对照组(41 例),对比两组患者麻醉效果。**结果** 对比两组患者阻滞显效时间、阻滞效果及低血压发生率,有统计学意义( $p < 0.05$ );对比两组患者 MAP、不良反应发生率及新生儿阿普加评分没有明显差异性,无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 腰—硬联合在重度妊高症患者行剖宫产术临床上麻醉效果显著。

**【关键词】** 重度妊高症患者;剖宫产;麻醉方法

**【中图分类号】** R614

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 02-049-01

基于重度妊高症患者行剖宫产的特点,笔者为详细了解分析重度妊高症患者行剖宫产术的麻醉方法选择及效果,特选取我院 82 例患者研究分析,研究结果如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取我院在 2017 年 5 月至 2018 年 10 月收治的 82 例重度妊高症患者,患者平均年龄为  $28.51 \pm 1.14$  岁;患者平均体重为  $71.53 \pm 12.03$  kg 并将其分为治疗组和对照组,各为 41 例,两组患者之间基本资料没有显著差异性,  $p > 0.05$ , 无统计学意义,可进行对比。

### 1.2 方法

对照组患者采用连续硬膜外措施进行麻醉,治疗组患者采用腰—硬联合措施进行麻醉,对比两组患者麻醉效果。

1.2.1 对照组患者选取左侧卧位,麻醉师在患者 L2-3 腰椎间隙实施硬膜外穿刺,当硬膜外针进入硬膜外腔后,插入 16G 硬膜外针于硬膜外腔向头端置管 3-5 厘米,注入 4ml 浓度为 2% 的利多卡因,密切关注患者生命体征,对于没有出现异常现象的患者,麻醉师再为患者追加 10ml 浓度为 2% 的利多

卡因进行麻醉。

1.2.2 治疗组患者选取左侧卧位,麻醉师在患者 L2-3 腰椎间隙实施硬膜外穿刺,当硬膜外针进入硬膜外腔后,插入 25G 笔尖式腰麻针,注入 2ml 浓度为 0.5% 的布比卡因进行麻醉,拔出腰麻针经硬膜外向头端置管 3-5 厘米,之后患者调整为仰卧位。

### 1.3 观察指标

观察两组患者阻滞显效时间、阻滞效果、MAP、低血压发生率、不良反应发生率及新生儿阿普加评分<sup>[1]</sup>。

### 1.4 统计学分析

本次研究所有患者的临床资料均采用 SPSS18.0 统计软件处理,计量资料采用  $t$  检验,组间对比采用  $X^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有显著性。

## 2 结果

对比两组患者阻滞显效时间、阻滞效果及低血压发生率,有统计学意义( $P < 0.05$ );对比两组患者 MAP、不良反应发生率及新生儿阿普加评分没有明显差异性,无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。

表 1: 对比两组患者阻滞显效时间、阻滞效果、MAP、低血压发生率、不良反应发生率及新生儿阿普加评分

组别	阻滞显效时间 (min)	阻滞效果 (分)	MAP (kPa)	低血压发生率 (%)	不良反应发生率 (%)	新生儿阿普加评分 (分)
治疗组	60.4±10.2	2.6±0.5	14.2±0.3	48.7%	9.7%	9.3±0.5
对照组	235.4±33.2	1.7±0.5	13.1±0.4	68.2%	7.3%	9.3±0.3

## 3 讨论

重度妊高症是导致孕妇及围产儿出现死亡现象的重要原因,其发病率约为  $9.4 \pm 10.4\%$ ,威胁患者生命,剖宫产为挽救患者生命的有效方法。在对患者实施剖宫术中,麻醉占据重要地位,其影响患者手术效果。硬膜外麻醉措施有效减小患者外周血管阻力、降低心脏负荷,进而有效稳定其神经系统,但该种麻醉措施具有诱导时间较长、阻滞效果欠佳等缺点,因此,极易出现阻滞不全及麻醉不完全等现象,基于该种现象的出现,该种麻醉措施不适合在重度妊高症患者实施剖宫产临床上应用。腰—硬联合麻醉为一种结合腰麻和硬膜外麻醉的方法,该种麻醉措施具有起效快速、镇痛肌松效果好,有效降低麻醉剂使用量。同时其对患者心率、血压具有较小

的影响,进而有效避免血液循环出现急剧变化,提高患者手术效果<sup>[2]</sup>。综上所述,腰—硬联合麻醉在重度妊高症患者实施剖宫产临床上具有显著效果,本次研究中采用腰—硬联合麻醉措施进行麻醉的治疗组患者,其阻滞显效时间、阻滞效果及低血压发生率均同采用连续硬膜外措施进行麻醉的对照组患者之间存在显著差异性,  $P < 0.05$ 。因此,腰—硬联合麻醉值得在重度妊高症患者实施剖宫产临床上推广应用。

## 参考文献

- [1] 任培才, 杨坤庆. 104 例妊娠期高血压疾病患者剖宫产手术麻醉方式选择 [J]. 中国医学创新, 2013, 10(22):20-21
- [2] 宋庆迎. 妊娠高血压综合征剖宫产手术中不同麻醉方式的效果比较 [J]. 中国现代医学杂志, 2010, 21(07):857-858

(上接第 48 页)

[1] 梁阳冰, 覃斌, 李长赞, 等. 经皮肾镜碎石术后感染性休克的早期预警指标探究及其对血清细胞因子的影响 [J]. 黑龙江医学, 2017, 41(12):1199-1201.

[2] 钟凯华, 刘思平. 经皮肾镜取石术后出现感染性休克的多因素分析 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(10):121-122.

[3] 李园. 经皮肾镜取石术后并发感染性休克相关临床因

素分析 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(28):3947-3948.

[4] 曹贵华, 邱学德, 李志鹏, 等. 微通道经皮肾镜取石术感染性休克危险因素分析 [J]. 中国内镜杂志, 2016, 22(07):10-13.

[5] 梁阳冰, 覃斌, 李长赞, 等. 经皮肾镜取石术后感染性休克及多器官功能障碍综合征的早期预警研究进展 [J]. 中国医刊, 2016, 51(05):27-29.